

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 72

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel DIDIER

Moniteur d'obstétrique et de gynécologie à la clinique de la Faculté
(Clinique Tarnier)

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

MILLE CAS D'AVORTEMENTS

OBSERVÉS A LA CLINIQUE TARNIER

Président : M. P. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

72

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel DIDIER

Moniteur d'obstétrique et de gynécologie à la clinique de la Faculté
(Clinique Tarnier)

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

MILLE CAS D'AVORTEMENTS

OBSERVÉS A LA CLINIQUE TARNIER



Président : M. P. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS.

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET	WEISS
Physique médicale.	DESGREZ	BLANCHARD
Chimie organique et Chimie générale.	ACHARD	WIDAL
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	TEISSIER	LEJARS
Pathologie et Thérapeutique générales.	PIERRE MARIE	PRENANT
Pathologie médicale.	AUGUSTE BROCA	POUCHET
Pathologie chirurgicale.	MARFAN	CHANTEMESSE
Anatomie pathologique.	THOINOT	LETULLE
Histologie.	ROGER	DEBOVE
Opérations et appareils.	LANDOUZY	GILBERT
Pharmacologie et matière médicale.	CHAUFFARD	HUTINEL
Thérapeutique.	GILBERT BALLET	GAUCHER
Hygiène.	DEJERINE	DELBET
Médecine légale.	QUENU	RECLUS
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	HARTMANN	DE LAPERSONNE
Pathologie expérimentale et comparée.	LEGUEU	BAR
Clinique médicale.	PINARD	RIBEMONT-DESSAIGNE
Maladies des enfants.	POZZI	KIRMISSON
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	ALBERT ROBIN	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique des maladies du système nerveux.		
Clinique chirurgicale.		
Clinique ophtalmologique.		
Clinique des maladies des voies urinaires.		
Clinique d'accouchements.		
Clinique gynécologique.		
Clinique chirurgicale infantile.		
Clinique thérapeutique.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. PARISOT

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. VALENCE

Médecin en chef de première classe
Directeur de l'Hôpital Maritime de Brest
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR HERRGOTT

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BERNHEIM

Professeur honoraire de la Faculté de Nancy
Officier de la Légion d'honneur

A MON COUSIN LE DOCTEUR J. PARISOT

Professeur agrégé à la Faculté de Nancy

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNIN

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEQUEUX

Professeur agrégé

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUÉNIOT

Professeur agrégé

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

A MESSIEURS CHIRIÉ ET LEMELAND

Anciens chefs de Clinique

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAUNAY

Chef de laboratoire de la Faculté

A MESSIEURS METZGER, LEVANT, WILHELM

Chefs de clinique

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR
MILLE CAS D'AVORTEMENTS
OBSERVÉS A LA CLINIQUE TARNIER

I

Dans un travail inséré dans *la Revue des Deux-Mondes*, paru le 1^{er} juin 1882, Ch. Richet, sous le titre *L'Accroissement de la population française*, se portait par la pensée à un demi-siècle en avant. Et il émettait l'hypothèse que, pendant cette période de cinquante ans, l'accroissement des populations en présence suivrait les mêmes lois qu'au moment où il écrivait et que la carte d'Europe ne subirait pas de nouveaux remaniements. Dans ce cas, il escomptait que notre pays ne figurerait plus alors au total, parmi les nations européennes, que dans la proportion de 7 o/o.

Ainsi en deux siècles, de 1720 à 1913, notre population relative serait tombée du tiers au quinzième, puisqu'en 1700, sous le règne de Louis XIV, la France avec ses 19 millions d'habitants figurait pour plus des deux cinquièmes, soit 38 o/o, dans les populations des trois grandes puissances d'alors, savoir la France, l'Angleterre et la Confédération germanique.

Comme nous pouvons facilement nous en rendre compte, les événements actuels et les statistiques de ces dernières années ne font que confirmer la prédiction de Ch. Richet, et ses vues semblent se réaliser avec une assurance par trop désastreuse.

En effet, d'après les statistiques de 1900, la France ne représentait plus alors que le dixième des populations européennes, et nous savons que, depuis, la chute n'a fait que s'accroître durant ces six dernières années, témoin le tableau ci-dessous des naissances annuelles :

1800.....	933.000
1900.....	840.000
1904.....	818.000
1905.....	807.000
1906.....	807.000
1907.....	774.000
1908.....	792.000
1909.....	770.000

Pourtant la statistique de 1912 compte un excédent de naissances sur les décès, qui s'élève à 57.911, en d'autres termes la population française a augmenté de 15 pour 10.000 habitants, alors qu'en 1911 on avait constaté un excédent de 34.869 décès, c'est-à-dire une diminution de 9 0/00. Mais il faut avouer que c'est à un fléchissement considérable des décès, le plus fort depuis l'établissement des statistiques officielles en France, que l'on doit de constater pour l'année dernière, par rapport à l'année précédente, une légère amélioration de la situation démogra-

phique et il ne faut point se payer de chiffres et compter sur les apparences, car en réalité le chiffre des naissances n'a augmenté réellement que de 8.537 unités.

Tandis que le nombre des décès a diminué de 84.243 ; la conséquence en est la substitution d'un excédent de 57.911 naissances à un excédent de 34.869 décès. L'amélioration totale d'une année à l'autre est de 92.780 unités.

Malgré cet insignifiant progrès, la situation de la France en face de l'étranger reste lamentable.

Partout, en effet, on enregistrait un excédent de naissances atteignant pour 1911 : en Allemagne 740.431 unités ; en Autriche 271.910 ; en Hongrie 208.271 ; en Belgique 48.959 ; en Angleterre 353.377 ; en Hollande 79.745 ; en Italie 461.771 ; en Norwège 30.086 ; en Suède 55.643.

Bien que partout la natalité soit en décroissance, les autres États européens, grâce à leur avance antérieure, conservent de forts excédents de naissances, proportionnellement de dix à vingt fois plus élevés que les nôtres.

Quelles sont donc les causes, en vertu de quels facteurs la natalité baisse-t-elle chez nous dans des proportions aussi terrifiantes, nous ne le savons que trop, et ce point de vue a été discuté maintes et maintes fois avant nous. Nous pouvons dire que la dépopulation est causée d'une part, par une hyponatalité réelle due aux conditions sociales et économiques de notre temps, d'autre part, par une

hyponatalité en quelque sorte accidentelle due aux tares physiologiques acquises, aux accouchements prématurés, à la mortalité infantile, *et surtout aux avortements.*

L'avortement, nous le savons, est défini l'expulsion du produit de conception à une époque de la grossesse où le fœtus n'est pas viable, c'est-à-dire avant la fin du sixième mois, soit cent quatre-vingts jours.

Les causes qui peuvent provoquer l'expulsion de l'œuf dans les premiers mois sont extrêmement nombreuses, avant de les énumérer nous devons dire que ces causes agissent différemment suivant les femmes, il y a des utérus irritables qui expulsent le produit de conception au moindre accident ; d'autres, au contraire, supportent des traumatismes très importants sans que la grossesse en soit modifiée, et, comme le disait Pajot : « Il y a des femmes qui avortent lorsqu'on entre chez elles et qu'on éternue sans les prévenir, il y en a d'autres qui n'avortent pas quand on les précipite du cinquième étage. »

On peut diviser les avortements en traumatiques et spontanés suivant la cause qui les a produits : parmi les causes traumatisantes citons les chutes, les coups, les excès de coït ; parmi les causes spontanées, les affections attendant au père, à la mère ou à l'œuf lui-même.

Parmi les affections paternelles citons avant tout la syphilis, la tuberculose et les intoxications : plomb, alcool, tabac.

Chez la mère l'hérédité, le mauvais état général, les maladies infectieuses, les intoxications, l'endométrite, les malformations utérines ou osseuses, les tumeurs arrêtent l'évolution normale de la grossesse.

Quant à l'œuf lui-même, son insertion basse, les maladies de l'amnios et du chorion, les malformations fœtales, lui appartiennent en propre comme causes prédisposantes à l'avortement.

Mais il n'est pas que des avortements d'ordre pathologique, et une forte proportion d'entre eux, comme nous le verrons plus loin, pour ne pas dire le plus grand nombre, sont d'ordre criminel. La masse des avortements provoqués dépasse certainement le chiffre de 50 o/o affirmé par d'aucuns, notamment Doléris d'après ses relevés dans les maternités parisiennes, sur la totalité des avortements. Si nous admettons, en effet, que sur 100 avortements traités à l'hôpital, nous en constatons une cinquantaine à étiologie vague et presque sûrement criminelle, il ne faut pas oublier que la plupart sont à jamais inconnus du médecin pour deux raisons : beaucoup de femmes négligent tout soin dans les premières semaines, et la plupart ne viennent dans les hôpitaux que lorsque surgissent des complications.

Et l'on ne peut qu'affirmer avec Maygrier, sans en avancer les preuves matérielles, mais avec tous les éléments de présomption, que l'avortement provoqué, véritable plaie sociale, est la cause la plus imposante de dépopulation et que c'est par milliers

que, de l'aveu de tous, il faudrait chiffrer les fausses couches.

Il est pourtant certain que sur ces milliers d'avortements, une partie de jour en jour plus considérable nous apparaît, car les femmes venant plus volontiers à la maternité pour y faire leurs couches, y viennent aussi en plus grand nombre pour y faire leurs avortements, surtout quand il est pathologique qu'il soit spontané ou criminel. Nous pensons comme Herrgott à ce sujet, mais nous croyons aussi que les idées ont évolué dans certaines classes et qu'il est de nos jours naturel de venir faire traiter dans un service ce qu'on considérait autrefois, et que certains considèrent encore comme non admissible dans une maternité. Évidemment l'éducation, l'évolution sociale ont changé les idées de la classe populaire qui fréquente les services hospitaliers et nous voyons nombre de femmes venant consulter à la clinique Tarnier pour des pertes ou des douleurs prématurées, ou tout autre phénomène anormal dans les premiers temps de la grossesse, ce dont, il n'y a que quelques années, surtout avant l'établissement des consultations permanentes, les femmes ne tenaient que peu de compte, jugeant inutile de demander un conseil médical.

Ceci concerne surtout les avortements pathologiques, et si le nombre constaté a augmenté dans les maternités, celui des provoqués n'est, hélas ! pas en reste. Boissard, parlant en 1907 des avortements en général de la maternité de Tenon, montre qu'en six

années, de 1898 à 1904, la proportion a triplé : pendant le dernier trimestre de 1906 deux femmes sur quatre sont hospitalisées pour avortement.

D'après Bonnaire, le nombre des avortements traités dans les services hospitaliers est à l'heure actuelle quarante-six fois plus élevé qu'il y a quatre-vingts ans et Doléris s'écrie « et voici un aspect nouveau de la question qui apparaît, c'est la faillite des institutions d'assistance, la perte des deniers destinés à assurer la natalité, la sécurité des mères et des nouveau-nés. Nos maternités du xx^e siècle dépensent... leurs deniers à garantir les femmes qui se font avorter contre les conséquences de leur faute ». Et, le flot envahissant des avortements ne s'arrête pas même aux portes des services de chirurgie, les chirurgiens en effet viennent encore aggraver ces constatations. Lucas-Championnière, dans une communication à la Société Obstétricale de France, le 11 février 1905, estimait que les cas d'avortements sont encore plus nombreux que ne le pensaient les accoucheurs, car beaucoup de femmes vont directement dans les services de gynécologie ou de chirurgie générale, le motif de l'hospitalisation est ainsi plus facile à masquer aux yeux de l'entourage ou des voisins. Que l'on y joigne les cas, où l'admission est provoquée, non plus par des accidents immédiats, mais par les manifestations plus ou moins éloignées, soit les deux tiers des cas et de telles évaluations sont encore bien au-dessous de la réalité.

Mauclaire rapportait des faits analogues, à une

séance de la Société de médecine légale, le 11 mars 1907. Au cours de l'été 1906, disait-il, sur 50 femmes d'un grand service de chirurgie, 20 étaient en traitement pour suites d'avortement, au point qu'il était question de faire, pour ces malades, des services spéciaux. Laccassagne, à Lyon, estime que le nombre des avortements dépasse largement celui des accouchements, puisqu'il estime ceux-ci à 10.000 pour un chiffre de 8 à 9.000 naissances seulement.

Quoi qu'il en soit des opinions diverses émises à ce sujet, il est certain que si le nombre des avortements augmente d'une façon générale, la quantité de ceux qu'on traite dans les services hospitaliers a notablement grandi et tend, de plus en plus, à se rapprocher, sans qu'il puisse jamais l'atteindre, pour des raisons sociales faciles à comprendre, du chiffre réel. Il est certain que si nous ne voyons jamais ou très peu d'avortement des six premières semaines, étant donné qu'à cette époque de la gestation, la femme élimine souvent son œuf parmi des caillots, qui, pour elle, sont des règles tardives auxquelles elle ne prête guère attention, que si parmi ceux de six semaines à six mois, nous ne voyons surtout que ceux qui prennent une allure dangereuse dans les suites de couches, néanmoins les possibilités d'une statistique s'étendant à une partie des classes sociales nous paraissent de jour en jour plus vraisemblables et les inconnues, dont parlait Maygrier à ce sujet, semblent, dans ces dernières années, s'être éliminées en partie.

Aussi croyons-nous pouvoir établir un tableau de comparaison entre les anciennes statistiques et l'ensemble de 1000 avortements étudiés à la clinique Tarnier, dans lequel nous pourrions nous rendre compte de la progression du chiffre des avortements, de leur rapport à la quantité des accouchements à terme, des variations que subit le chiffre des fausses couches aux divers mois et enfin le degré de gravité, de danger, qu'elles sont pour la femme, suivant l'époque où elles ont lieu.

RAPPORTS

ENTRE LE NOMBRE DES AVORTEMENTS ET CELUI DES ACCOUCHEMENTS

Avant d'aborder cette question, il est bon que nous revenions sur une affirmation antérieure, nous avons dit en effet, et cela en conformité d'opinions avec combien d'autres, que la plupart des avortements constatés et traités dans les services hospitaliers étaient des avortements provoqués, et la meilleure preuve que nous puissions en fournir, c'est évidemment le résumé des observations faites sur ces cas.

Or, si nous cherchons à déterminer l'étiologie exacte de ces avortements, nous ne pouvons le faire avec certitude que dans un nombre de cas restreint et dans une proportion en somme minime, puisque d'après nos recherches le rapport des avortements pathologiquement explicables au chiffre total des avortements est seulement de 20 o/o.

Nous voyons d'autre part que, de 1883 à 1892, sur 530 avortements observés à Lariboisière et à la clinique Baudelocque, les causes n'ont pu en être déterminées que rarement, en effet, cent-soixante et une

fois seulement, soit une fois environ sur quatre, on a cru pouvoir faire mention de celles-ci qui se répartissent ainsi :

Insertion vicieuse du placenta.....	64
Syphilis.....	52
Albuminurie.....	27
Hydramnios.....	13
Malformations utérines et déviations....	7

Remarquons de suite que sur ces 161 cas dont la cause est connue nous en trouvons 143 relevant de l'insertion vicieuse, de la syphilis, de l'albuminurie.

Nous voyons donc dans ces chiffres une confirmation de ce qu'affirmait Baudelocque dans son livre *l'Art des accouchements* dès 1787 (tome II, p. 664), lorsqu'il accusait déjà, sans en donner l'explication, « l'insertion du placenta sur le col de la matrice », de provoquer l'avortement. Il est vrai que dans cette statistique, l'auteur a compris les fausses couches de six mois et demi, ce qui a permis, par la mensuration des membranes, d'affirmer dans nombre de cas, l'existence d'une insertion vicieuse, car comme nous le verrons dans notre relevé, le plus grand nombre des avortements semble avoir pour cause l'endométrite.

En effet, dans le tableau ci-dessous, nous voyons que les endométrites dominent suivies de la syphilis, des avortements provoqués avoués et de la tuberculose.

	07	08	09	10	11	12	13
Endométrite.....	5	5	18	17	10	11	12
Placenta bas.....	1		11		11	1	1
Hémorragie rétro. et albumine.....	1	1		3	1		
Syphilis.....	1	3	4	9	8	6	6
Tuberculose.....			4	6	2	4	1
Tumeurs et malformations utérines.....		1		2	2	1	2
Malformations fœtales.....		1	1			11	1
Traumas.....			5		1		1
Maladies infectieuses.....			3	2	1	2	
Avortements provoqués (reconnus).....	2	3	5	6	5	3	
Cardiaques.....				1	1		
Opérations.....					1	1	1

Soient donc 202 cas explicables, soit pathologiquement, soit parce que les femmes dans 24 cas ont reconnu formellement s'être fait avorter, ce qui nous fait 20,2 0/0 d'avortements à étiologie nettement définie, le reste étant impossible à préciser et trop souvent de cause facile à évoquer, capable d'allonger considérablement la liste des 24 avortements provoqués, formellement avoués.

Enfin, Blondel sur 100 avortements, considère seulement 16 cas comme pouvant être dits naturels, et si nous en croyons ce que rapportait l'abre dans une séance de la Réunion obstétricale et gynécologique de Lyon en janvier 1912, presque tous les avortements suivis de fièvre, et ils sont nombreux, sont d'origine criminelle.

Sous le rapport de la proportion existant entre le nombre des primipares et celui des multipares qui avortent, nous sommes, dans notre statistique en conformité de vues avec les résultats antérieurs et si,

dans la thèse de Brion plus haut citée, nous voyons que sur 530 avortements, la parité ayant été notée cinq cent dix sept fois, il y a 180 primipares et 337 multipares, soit 36 o/o de primipares, nous constatons de même que sur notre ensemble de 1.000 avortements il y a eu en

	A	P	Proportion des primipares
1907.....	18	5	27,8
1908.....	133	37	22,9
1909.....	160	35	21,8
1910.....	178	54	29,9
1911.....	217	61	27,8
1912.....	164	69	35,9
1913.....	130	34	26,1

Avortements 1 primipare 1 o/o

Frantz, Santos ont émis d'ailleurs des opinions identiques sous ce rapport, et pour eux il y aurait une primipare pour 5 multipares.

Stumpf, dans sa statistique, remarque que l'interruption de la grossesse est plus fréquente chez les multipares et surtout chez les femmes ayant dépassé la trentaine. De son côté, Fabre, de Lyon, a particulièrement insisté sur ce fait, que dans un total de 130 observations, il a noté 112 multipares et 18 primipares, soit 86 o/o de multipares.

Sur ce dernier point, qui ne manque pas d'un certain intérêt, nous trouvons aussi une unanimité d'opinion chez presque tous les auteurs, et Woehling, dans sa thèse, donne les chiffres ci-dessous, sur 252 femmes de vingt à trente ans, 96 ont avorté, soit

38 o/o, sur 236 femmes de trente à quarante ans, 102 ont avortés, soit 43 o/o. Il est donc constant qu'à mesure que la femme approche de la trentaine, le nombre des avortements augmente sensiblement.

Abordons enfin la question du rapport existant entre le nombre des avortements et celui des accouchements.

Comme nous le disions plus haut, là est le point délicat de la statistique, car il est évident que dans les premiers temps de la gestation, nombre de femmes avortent sans même s'en douter, et nous savons que plus d'une raconte avoir eu « une perte » selon leur expression, après un retard de trois ou six semaines, perte à laquelle elles ne prêtent d'ailleurs qu'un intérêt restreint.

D'autre part beaucoup de femmes du peuple, après un retard de deux mois, époque à laquelle nous savons que l'embryon ne peut et doit ne pas passer inaperçu, reconnaissent le plus souvent parmi les caillots perdus le petit œuf, mais elles s'abstiennent la plupart du temps, surtout lorsqu'il n'y a pas d'hémorragie consécutive inquiétante, ni d'incidents d'autre sorte, de venir se faire traiter dans les services hospitaliers, ou tout au moins de venir y faire vérifier l'état de vacuité de leur utérus.

Et même pour des grossesses plus avancées, à moins d'incidents graves (combien avons-nous vu de femmes ne venir qu'exangues et déjà envahies par l'infection à la clinique), bien souvent les femmes négligent tous soins ultérieurs.

Il est donc bien évident qu'une certaine catégorie d'avortements nous échappe en grande partie, quoiqu'à l'heure actuelle le mouvement social qui dirige plus volontiers sur les maternités les femmes en couches, y envoie aussi plus souvent les avortements ou leurs suites.

Aussi ne sera-t-on pas surpris si, essayant de remonter dans l'histoire obstétricale pour obtenir une vue générale et quelques termes de comparaison, on ne peut aller bien loin en deçà de nos temps modernes, afin de trouver quelque statistique sérieusement établie, ou tout au moins quelque opinion raisonnée au sujet du nombre des avortements par rapport aux accouchements.

Le premier en date, Guillemeau, pense, d'après ce qu'il voyait dans les services d'alors, qu'il y avait environ un avortement sur 4 ou 5 accouchements, soit 20 o/o.

M^{me} Lachapelle, pour sa part, ne note que 116 avortements sur 21.960 grossesses, soit un pour 189, ce qui nous paraît bien faible. Par contre, Velpeau affirmait que les avortements étaient, par rapport aux accouchements, dans la proportion de 1 sur 3.

Pajot, lui, estimait qu'il y avait plus d'avortements que d'accouchements.

A l'étranger, Whitehead trouve le rapport égal à 1 pour 7.

Leubel 1 sur 12.

Hufeland prétend qu'il se produit un avortement

sur 10 grossesses chez les filles mères et 1 sur 20 chez les femmes mariées.

Schrøder : 3,7 avortements sur 10 accouchements.

Abegg : 1 avortement sur 11 accouchements.

Hennerig : 1 avortement sur 10 accouchements.

Dans un relevé du dispensaire de Westminster portant sur 515 accouchements, on note 147 avortements.

En Amérique, Chandler faisant une moyenne des statistiques des grandes villes nord-américaines, arrive au chiffre de 100.000 avortements par an, presque tous criminels, dit-il, et ayant amené pour la seule année 1895 la mort de 6.000 femmes.

Si nous revenons en France et à notre époque, nous voyons qu'en 1885 Woehling interrogeant dans différentes maternités de Paris 882 femmes, constate que sur ce nombre 606 étaient mariées et avaient eu ensemble 2.560 grossesses, dont 583 avaient abouti à des avortements faits par 242 femmes. En même temps, les 266 filles-mères ne donnent ensemble que 501 grossesses, dont 206 ont abouti à des fausses couches faites par 108 d'entre elles.

Dans la statistique exposée par Brion et dressée par Varnier, statistique comprenant la totalité des avortements observés de 1883 à 1889 à la maternité de Lariboisière, et de 1889 à 1892 à la clinique Baude-locque sur un ensemble de 17.000 accouchements, nous notions plus haut 530 cas d'avortements, soit une proportion de 1 sur 32.

Lacassagne pense, en conformité avec Pajot, que le

nombre des avortements est bien supérieur à celui des grossesses menées à terme, puisqu'il estime qu'à Lyon, sur 8.000 à 9.000 accouchements, il y aurait 10.000 fausses couches, la plupart provoquées naturellement ; pour établir ce chiffre, Lacassagne fait le raisonnement suivant : ayant interrogé quelques sages-femmes, il a obtenu une moyenne de 3 avortements par semaine, soit 150 par an ; prenant une moyenne sur les 150 sages-femmes de Lyon, il admet qu'il y en aurait au moins 100 qui observeraient 100 avortements par an, soit 10.000.

Ribemont-Dessaigues trouve un avortement sur 5 accouchements.

Escande, sur les inspirations de M. Boissard, rapporte 1 avortement sur 9 ou 10 accouchements, et il ajoute que pour 1 avortement spontané, il y en a 2, sinon 3, qui sont suspects pour ne pas dire criminels.

Maygrier a eu dans son service, tant à Larihoisière qu'à la Charité, de 1895 à juin 1903, d'après Baffet, un accroissement continu et frappant dans la quantité d'avortements traités. En effet, de 1895 à 1898 le taux a peu varié, mais à partir de cette dernière année, date à laquelle il était égal à 6,04 o/o, il devient tel que en :

1899	sur 893 grossesses	il y a 54 avortements,	soit 6,5 o/o
1900	— 895	— 82	— 9,2 —
1901	— 754	— 69	— 9,4 —
1902	— 785	— 68	— 8,9 —

Enfin, en 1903, la proportion passe à 11,4 o/o. On voit par ce dernier chiffre que le nombre des fausses couches a singulièrement augmenté, alors que le chiffre des grossesses à terme diminuait progressivement, et que d'une moyenne de 6,5 o/o le taux est monté en cinq années à près de 9 o/o.

Doléris, dans le tableau des avortements qu'il avait pu dénombrer dans divers hôpitaux, arrive aux chiffres ci-dessous.

Maternité de Tenon. — 1891 : 5,07 avortements pour 100 accouchements.

Maternité de Tenon. — 1904 : 15 avortements pour 100 accouchements.

Maternité de Saint-Antoine. — 1898 : 6,66 avortement pour 100 accouchements.

Maternité de Saint-Antoine. — 1904 : 18 avortements pour 100 accouchements.

Maternité de Boucicaut. — 1898 : 7,8 avortements pour 100 accouchements.

Maternité de Boucicaut. — 1904 : 17,6 avortements pour 100 accouchements.

Voici d'ailleurs plus exactement les chiffres relevés par Doléris à Boucicaut :

En 1898 : accouchements à terme.....	457
Avortements.....	43
En 1904 : accouchements à terme.....	497
Avortements.....	130

Pour un chiffre presque égal d'accouchements à terme, celui des avortements a plus que triplé en

sept ans et un grand nombre d'entre eux paraissaient être la conséquence de manœuvres abortives. Doléris obtint avec un peu d'insistance de nombreux aveux, qui lui permirent de constater avec le maximum de garanties, qu'il y avait un avortement provoqué pour une fausse couche spontanée, soit 50 o/o. Et ce n'est pas tout, il put constater encore qu'à la Pitié, en janvier et février 1895, sur 48 femmes enceintes il y eut 4 avortements, soit 8,55 o/o. De mai 1895 à décembre 1896, 42 avortements sur 659 entrées, soit 6 o/o. Enfin, le taux de 17,6 o/o constaté à Boucicaut en 1904, monte à 25 o/o en 1906 et 1907. Somme toute, la moyenne, qui dans ces divers hôpitaux était de 5,9 o/o en 1898, était montée en 1904 à 18 o/o.

Dans une publication des *Annales de gynécologie et d'Obstétrique* de juillet 1912, Herrgott a publié le nombre des avortements observés à la maternité de Nancy pendant une période de cinq années, soit de 1907 à 1912. Dans ces cinq années, sur 4.690 entrées, dont 4.304 accouchements, il y eut 386 avortements, soit 8,9 o/o.

Sur toutes les femmes ayant accouché à l'hôpital Saint-Antoine depuis l'année 1897 jusqu'en 1904, Rimette a trouvé une proportion de 1 avortement pour 6 à 7 accouchements.

Enfin Bossi, de même que Prietsley donne le chiffre de 1 avortement pour 4 grossesses.

Quant à nous, voici les chiffres que nous avons exactement relevés à la clinique Tarnier dans une

période de six années environ, comprenant les mois de novembre et décembre 1907, et s'arrêtant à la fin du mois d'août 1913.

	Accouchem.	Avortem.	o/o	Total
Année 1907.....	285	18	6,31	Av = 1.000
Année 1908.....	1.743	133	7,63	Acco = 10.542
Année 1909.....	1.949	160	8,20	—
Année 1910.....	1.879	178	9,40	o/o = 9,48 o/o
Année 1911.....	1.992	217	10,80	
Année 1912.....	1.722	164	9,52	
Année 1913.....	972	130	13,25	

La progression dans le nombre des avortements est, on le voit, on ne peut plus régulière et confirme malheureusement les chiffres donnés par les statistiques précédentes. En résumé nous pourrions retenir de tous ces chiffres, en prenant comme point de comparaison la statistique de Doléris, la plus importante de toutes puisque portant sur 103.310 grossesses, que si sa moyenne générale pour les différentes maternités parisiennes est de 3 à 10 o/o, la nôtre pour 1.000 accouchements arrive presque à ce dernier chiffre soit 9,48 o/o, indiquant avec clarté que si, d'après la plupart des statistiques, jusqu'en 1895 à peu près, le chiffre se maintenait aux alentours de 6 o/o environ, à l'heure actuelle il a singulièrement augmenté et s'approche du 10 o/o.

FRÉQUENCE DE L'AVORTEMENT

AUX DIVERS AGES DE LA GROSSESSE

Comme nous le disions précédemment, nous ne comprenons dans notre travail que les avortements proprement dits, c'est-à-dire, ne dépassant pas cent quatre-vingts jours ; nous ne retiendrons pas, quoique leur nombre ne soit pas négligeable au point de vue social, loin de là, les accouchements prématurés qui, pour Maygrier, auraient suivi la progression ci-dessous :

22,5	o/o en 1898
29,45	o/o en 1899
29,05	o/o en 1900
32,89	o/o en 1901
43,66	o/o en 1902

Nous étudierons donc la fréquence des avortements dans les premières semaines et aux deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième mois.

Si nous recherchons parmi les opinions anciennement émises, à quelles dates sont plus particulièrement nombreux les avortements, nous voyons que pour Jacquemin, Depaul et Charpentier, ils seraient plus fréquents pendant le deuxième et le troisième

mois. Pour M^{me} La Chapelle, au contraire, ce serait pendant le sixième mois. Seitz, qui a réuni un certain nombre de statistiques récentes, donne d'abord comme époque de beaucoup la plus fréquente le troisième mois, puis le deuxième mois, puis le cinquième, puis le quatrième et le sixième.

Cette plus grande fréquence de l'avortement au cours des premiers mois de la gestation et, particulièrement pendant le troisième, fut aussi constatée par Orfila, qui fixait exactement la date à deux mois et demi, Devergie entre trois et trois et demi, Briand et Chaudé entre le troisième et le cinquième. Brouardel, sur 53 observations, trouve le maximum entre les troisième et cinquième mois et demi. Dans un travail de Collignon, sous l'inspiration de Maygrier, nous voyons que cet auteur constate que le plus grand nombre des avortements se produit entre le troisième et le sixième mois de la grossesse, quelle qu'en soit la cause. Ainsi, par exemple, dans 227 cas de fibromes observés, ayant déterminé 39 fausses couches, l'expulsion a toujours eu lieu entre trois et quatre mois.

Enfin, dans la statistique précitée de Varnier, portant sur 17.000 accouchements et 530 avortements, ces derniers se répartissent ainsi :

De 1 à 2 mois.....	3
De 2 à 3 mois.....	33
De 3 à 4 mois.....	73
De 4 à 5 mois.....	88

De 5 à 6 mois..... 131
(De 6 à 7 mois..... 202)

Cette dernière statistique semble confirmer l'opinion de M^{me} Lachapelle qui, comme nous l'avons vu plus haut, aurait constaté de son côté le plus grand nombre d'avortements au sixième mois.

Quant à nous, le maximum, comme on peut le voir par le tableau suivant, est nettement atteint au troisième mois, ce qui est l'opinion de Stumpf qui, dans une statistique récente, a obtenu les chiffres suivants : deux mois, 9,8 o/o ; trois mois, 30,8 o/o ; quatre mois, 7,6 o/o ; cinq mois, 9,3 o/o ; six mois, 7,1 o/o.

	07	08	09	10	11	12	13
1 ^{er} mois.....		7	10	16	23	9	14
2 ^e —	5	25	22	33	34	28	23
2 ^e — 1/2.....	1	11	16	23	20	26	11
3 ^e —	3	33	37	25	43	32	27
3 ^e — 1/2.....		10	13	12	16	9	8
4 ^e —	2	15	26	24	26	24	9
4 ^e — 1/2.....	1	3	10	12	14	7	14
5 ^e —	1	12	16	12	24	13	15
5 ^e — 1/2.....	3	7	7	9	9	12	3
6 ^e — ...1.....	2	10	3	11	8	4	5

On voit donc, d'après le tableau ci-dessus, que le plus grand nombre de fausses couches se trouve réalisé au troisième mois et atteint le chiffre de 200 o/oo, soit encore 20 o/o. Mais remarquons que si nous ajoutons à ce chiffre celui du mois précédent, qui est de 278, nous obtenons un ensemble de 478 avortements pour une période de deux mois pleins, soit

48 o/o, presque la moitié de la totalité des avortements.

Comme chiffres plus élevés viennent ensuite le quatrième mois, le cinquième, puis le premier et le sixième, ce qui, comme résultat final, tend à se rapprocher de la statistique allemande de Zeitz, qui, comme nous et au contraire de M^{me} La Chapelle, trouve que le plus petit nombre d'avortement coïncide avec le sixième mois.

Que penser de cette profonde divergence d'opinions ou plus exactement de chiffres entre ceux que donne M^{me} La Chapelle et les nôtres ? il semble bien évident que du temps où la célèbre accoucheuse exerçait, les femmes ne venaient pas aussi volontiers se débarrasser dans les maternités du fruit de conception avant terme, d'autre part, les maladies vénériennes étaient moins répandues, par contre-coup les endométrites étaient moins fréquentes.

Or nous savons que, s'ils ne sont pas provoqués, la plupart des avortements des premiers mois sont causés surtout par des maladies de la muqueuse utérine, dont l'endométrite gonococcique est l'une des principales.

Et, d'autre part, si la syphilis exerce toujours de terribles ravages, c'est une affection qui, d'après les syphiligraphes les plus autorisés, paraît en voie de décroissance : le nombre des syphilis malignes diminue de jour en jour.

Enfin nous savons à l'heure actuelle traiter cette affection avec bien des chances de succès, et nom-

breuses sont les femmes syphilitiques ou syphilisées qui viennent se faire traiter dans les maternités ou les services ordinaires et dont nous voyons les grossesses aboutir ainsi heureusement, ce qui ne peut que diminuer le nombre des fausses couches aux cinquième et sixième mois.

COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

AUX DIVERSES ÉPOQUES

Les deux grandes complications de l'avortement, nous le savons, sont l'hémorragie et l'infection : il n'y a pas d'avortement sans écoulement sanguin, mais, dans certains cas, l'hémorragie est si abondante qu'elle peut menacer la vie ou la santé des femmes : cette complication est relativement fréquente, surtout chez les femmes qui, étant en travail d'avortement, continuent à marcher ou à travailler. L'hémorragie peut être interne, externe ou mixte, le plus souvent elle est mixte et affecte des formes cliniques différentes.

Parmi les formes hémorragiques de l'avortement, citons la forme syncopale de Pinard, consistant en ce qu'au moment où l'œuf retenu va franchir l'orifice interne du col, une nouvelle hémorragie succédant brusquement aux précédentes, apparaît avec une suite de symptômes graves : pâleur, vomissement, fréquence du pouls, etc.

Les hémorragies sont parfois extrêmement graves, elles peuvent anémier les femmes, soit que la perte ait été brusque et abondante, soit qu'elle ait été

moins abondante primitivement, mais ait duré plus longtemps. L'état général devient grave, la femme est pâle, les muqueuses sont décolorées, le pouls est petit et rapide, il survient des syncopes et la mort peut se produire par anémie aiguë.

Les hémorragies lentes et continues sont, du reste, un signe important d'infections latentes.

On comprend que l'infection se développe si facilement à l'occasion de l'avortement. Nous savons en effet, combien la rétention ovulaire est fréquente dans ces cas. La présence dans l'utérus de débris placentaires ou de morceaux de caduque décollée favorise la production de la putréfaction et de l'infection.

Quant à la façon dont se traduisent ces deux phénomènes, nous ne l'ignorons pas, c'est par la fétidité lochiale, l'élévation de la température et la fréquence du pouls.

Le pronostic de l'avortement est essentiellement variable suivant l'époque de la grossesse, la durée du travail, la cause et le traitement qu'on a institué.

D'une façon générale cependant, on peut dire que l'avortement bien soigné est peu grave par lui-même.

Si nous fouillons parmi les statistiques, comprenant les complications de l'avortement, nous trouverons dans le travail d'Escande, concernant les avortements criminels ou reconnus tels une mortalité de 30 o/o se décomposant ainsi : chez les femmes traitées deux jours après leur avortement 53 o/o, chez les femmes traitées trois jours après et plus 65,22 o/o.

Dernelin sur 5 cas, 5 morts soit 100 o/o.

Boissard, dans une statistique générale portant sur les avortements pathologiques et provoqués des maternités de Tenon, Saint-Antoine et Boucicaut, a trouvé les tant pour cent de complications mortelles suivants 15 o/o, 18,5 o/o, 19,7 o/o.

Commandeur a noté 10 morts sur 17 cas de fausses couches provoquées avouées.

Dervaux, de Saint-Ouen, cite dans un article du *Bulletin de la Société d'Obstétrique* de mars 1910, 10 cas d'avortements provoqués avec 5 morts soit 50 o/o.

Herrgott, de 1907 à 1912, sur 386 avortements observés à la maternité de Nancy, a noté 10 morts, soit 2,59 o/o. /

Bossi, au Congrès d'obstétrique de Gênes, 1908, exposant les résultats des statistiques de l'avortement, ses suites et son traitement, concluait en disant que dans les deux tiers des cas, des affections très graves mettent la vie de la femme en péril et occasionnent une incapacité de travail allant de plusieurs mois à plusieurs années et, une incapacité fonctionnelle définitive, parfois.

Dans 6 o/o, disait-il, il y a mort et dans la grande majorité des cas, de longues et sérieuses maladies locales s'ensuivent, telles que métrites, annexites, cellulite pelvienne, pelvi-péritonite.

Il est certain que les conclusions de Bossi n'expriment que trop bien la vérité, comme il apparaîtra clairement dans notre statistique, le nombre

des femmes qui ont eu des suites de couches fébriles est fort élevé, ce qui a eu pour résultat un long séjour à l'hôpital et le chiffre de celles qui ont fait des infections graves, mérite de retenir notre attention.

L'opinion de Bossi, disons-nous, semble exprimer la réalité, mais en fait elle n'est que l'expression de ce que nous voyons dans les services hospitaliers, c'est-à-dire qu'elle considère surtout les avortements dont les suites obligent les femmes à entrer dans les maternités ou les cliniques gynécologiques, alors que nous savons bien que quantité de fausses couches se passent sans complications, et que ce n'est encore à l'heure actuelle que surtout celles qui inquiètent la santé de la femme que nous constatons, une bonne partie des autres nous est à jamais inconnue et se déroule sans incidents.

Treube admet que les complications de l'avortement s'élèvent au taux de 40 o/o. Sur 1.437 avortements recueillis par Rimette à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, 629 fois la fausse couche s'est passée sans aucun incident. Dans 414 cas, on a observé soit de la rétention, soit des hémorragies sérieuses ; enfin dans 367 cas, il s'est produit de l'infection et 27 femmes sont mortes, ce qui donne une mortalité d'environ 2 o/o.

Dans cette statistique, on a placé tous les cas d'avortements, aussi bien les traumatiques que les spontanés. Mais, quand on sépare les cas, on s'aperçoit que, si les avortements spontanés sont peu graves, il n'en est pas de même de l'avortement pro-

voqué qui tire sa gravité des procédés employés, de l'absence d'antisepsie avec laquelle les manœuvres ont été effectuées, enfin de l'époque tardive à laquelle le médecin est en général appelé. Ces faits ont été particulièrement démontrés par Noble et Maygrier. D'après ce dernier auteur, sur 698 avortements spontanés qu'il a observés, la mortalité a été de 0,57 o/o, tandis que sur 44 avortements provoqués, cette mortalité a atteint 56,81 o/o.

Chandler, comme nous l'avons vu plus haut, estime qu'au chiffre de 100.000 avortements provoqués dans les États-Unis d'Amérique durant une année, correspondrait une mortalité de 6.000 femmes soit 6 o/o.

Quant à nous, voici le tableau par mois des complications survenues, suivant les deux grandes causes principales, hémorragies et infections, la seconde presque toujours précédée de la première.

	1 mois	2 mois	1/2	3 mois	1/2	4 mois	1/2	5 mois	1/2	6 m.
Hémorragies..	11	28	20	26	5	8	9	8	1	1
Infections....	19	50	32	56	20	32	15	16	7	4

On voit d'après ce tableau que le chiffre le plus élevé des complications se trouve au troisième mois, et au second mois, ce qui est logique puisque ce sont les deux périodes accusant, comme nous l'avons vu plus haut, le maximum des fausses couches.

Les hémorragies pures sont rares, elles se com-

pliquent en général d'infection, et dans ce cas nous les avons comprises dans les colonnes de l'infection, elles sont rares en effet, celles qui ne se manifestent que par les signes de l'hémorragie, sans que l'état de moindre défense, auquel la femme est ainsi soumise, se traduise par des symptômes infectieux. Le tableau montre en effet une différence notable entre le total des hémorragies proprement dites et les suites infectieuses.

Nous savons que l'une des grandes causes d'hémorragie et d'infection est la rétention. Celle-ci, semble-t-il, devrait être moins fréquente dans les deux premiers mois, époque à laquelle l'œuf est expulsé en bloc, tandis qu'au troisième, l'allure de la fausse couche est variable et qu'aux quatrième et cinquième mois la rétention des membranes et des débris placentaires est si fréquente.

Ceci revient à la question de l'avortement embryonnaire ou avortement de la sixième semaine au troisième mois, où tous les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître que si, dans les premières semaines, il ne peut y avoir que rétention de lambeaux membraneux constitués par la caduque utérine, lambeaux qui sont en général expulsés spontanément, il n'en est plus de même au troisième mois, époque à laquelle les adhérences de l'œuf à l'utérus sont beaucoup plus intimes. Le volume relatif de cet œuf rend le travail de l'avortement plus lent et plus laborieux, et nous avons constaté plus d'une fois que le placenta sortant après une rétention plus ou moins

prolongée dans un second temps, la caduque, qui, comme le faisait remarquer Budin, est très épaisse à cette époque, est expulsée dans un troisième temps. A partir du quatrième mois les avortements présentent déjà mieux le tableau en raccourci d'un accouchement.

Nous disions plus haut que l'avortement dans les deux premiers mois devrait se faire logiquement en bloc, mais en fait nous avons presque toujours constaté qu'il a lieu en deux temps et Brion, dans sa thèse, constate que sur 27 avortements de un à deux mois, il y en a 12 à un temps et 15 en deux temps, comme total il obtient les chiffres suivants : sur 501 cas, il a eu seulement quarante-huit fois un temps et quatre cent cinquante trois fois deux temps. On peut conclure, en voyant la proportion des avortements de un, deux, trois, quatre mois, compris dans son travail, que l'avortement en deux temps est le plus fréquent même dans les premiers mois. Quant à nous dans les trois quarts des cas environ, nous avons constaté l'existence de deux temps comme étant la plus constante, de la sixième semaine au troisième mois.

Voilà donc, comme nous l'exposons plus haut, la rétention devenue phénomène fréquent, puisque fréquence de l'avortement en deux temps et par contre-coup la fréquence de l'hémorragie et de l'infection coïncident forcément avec le maximum des fausses couches aux deuxième et troisième mois.

Quant à cette rétention, nous en connaissons les

causes, car nous n'ignorons pas que les conditions dans lesquelles se trouve l'utérus et son contenu sont bien différentes de celles qui se présentent lorsque la femme est près du terme. Le col n'a pas encore subi son imbibition et son ramollissement, ce qui le rend plus réfractaire à la dilatation, le corps utérin de son côté n'a pas acquis tout son développement et la vigueur de ses contractions sera faible.

D'autre part, surtout à la fin du troisième mois, les deux caduques tendent à se souder l'une à l'autre. Et la petitesse du produit de conception par rapport à l'arrière-faix est telle que l'orifice par lequel est passé le fœtus est tout à fait insuffisant pour que le placenta puisse franchir le canal cervical. Dans l'avortement, écrit Guéniot, l'expulsion du délivre est tout, tandis que celle du fœtus n'est rien.

Comment traitons-nous en général les complications de l'avortement ? Nous pouvons schématiser notre façon de procéder de la façon suivante : quand il y a infection on doit immédiatement nettoyer l'utérus par le curage digital ou le curettage, tout retard apporté à l'intervention peut devenir une cause de complications extrêmement graves. S'il y a hémorragie sérieuse et qu'on ait tout ce qu'il faut sous la main pour opérer, il faut également pratiquer le curage, si on ne peut agir immédiatement, ou si l'état général de la mère est par trop grave, un tamponnement utéro-vaginal bien fait permettra de gagner du temps.

Enfin, quand il y a rétention simple, on peut tou-

jours attendre douze ou vingt quatre heures en temponnant l'utérus et le vagin ; si au bout de ce temps l'œuf n'est pas expulsé, on pratique le curage.

Dans certains cas cependant, on fera bien de ne pas attendre et d'opérer immédiatement, particulièrement quand on pense que l'avortement a été provoqué ou que l'on a affaire à une fausse couche gémellaire, point sur lequel Maygrier et Demelin ont insisté. Telle est la technique habituellement suivie à l'heure actuelle.

Si nous analysons les résultats constatés, nous voyons que sur 1.000 avortements, nous avons eu trois cent soixante-huit fois des suites pathologiques, se décomposant comme suit : hémorragies 117 cas, soit 11,7 0/0 : infection 251 cas, soit 25,1 0/0, soit au total 36,8 0/0 de complication.

Parmi ces complications, se bornant pour la plupart, pendant une durée de une à six semaines, à des lochies fétides avec état fébrile, nous devons noter comme infections graves durant le *deuxième mois* :

- 1 colpotomie pour collection du cul-de-sac de Douglas.
- 1 ictère léger.
- 1 pelvipéritonite; ayant nécessité une hystérectomie vaginale suivie d'une phlébite double.
- 1 phlébite succédant à l'avortement dans un utérin fibromateux.

A deux mois et demi :

- 1 infection générale avec pleurésie et conges-

tion pulmonaire (partie sur sa demande et n'ayant pas été suivie).

A trois mois :

- 1 péritonite ayant nécessité une colpotomie puis une laparotomie et entérostomie consécutive.

A trois mois et demi :

- 1 péritonite localisée, qui s'est refroidie.

A quatre mois :

- 1 embolie pulmonaire.
- 1 pleurésie. Collection dans le cul-de-sac latéral gauche (partie sur sa demande et non suivie).
- 1 phlébite gauche.

A cinq mois :

- 1 phlébite gauche, chez une femme n'ayant eu qu'une hémorragie abondante et pas de signes infectieux.

A six mois :

- 1 péritonite, suivie de colpotomie et laparotomie.
- 1 cas de lochiométrie. Septicémie. Traitée par abcès de fixation.

Le maximum des complications graves semble s'affirmer aux deuxième et quatrième mois, alors que le minimum des cas légers et moyens figure au troisième.

Mais parmi ces complications nous avons aussi compris les cas mortels, que nous allons analyser seulement dans les lignes suivantes, car nous croyons comme Brion que ce sont là des cas spéciaux ne dépendant pas en général des mêmes contingences.

En effet, sur 530 cas, Brion accuse 18 décès, dont 11 chez des femmes ayant avorté en partie ou en totalité en ville. La proportion est donc de 3,39 o/o, tandis que pour la même période de temps, la mortalité dans les accouchements normaux a été de 0,80 o/o.

Si, dans ce cas, nous retranchons des 18 décès, ceux survenus à la suite d'avortements faits en ville, qui sont au nombre de 11, il reste donc pour la mortalité du service interne 7 décès, soit 1,35 o/o et sur ces 7 décès, 3 sont imputables à des femmes profondément albuminuriques arrivées du dehors avec des accès d'éclampsie, contre lesquels aucun traitement n'avait été dirigé. Il reste donc 4 morts pour 490 avortements qui se sont produits dans le service, soit une proportion de 0,81 o/o. Alors que pendant la même période de temps, les cas de mort par infection du dehors étant mis à part, le chiffre des cas mortels dans les accouchements normaux était de 0,203 o/o.

Brion note l'extrême gravité des avortements faits en ville : sur 40 cas en effet, il y en eut 11 mortels, soit une proportion de 27,5 o/o.

Quant à nous, n'envisageant que les cas de morts, dans nos 1.000 cas d'avortement, nous arrivons au

chiffre de 16 0/00, soit 1,6 0/0. Voici les observations résumées de ces 16 cas mortels :

1907, n° 1593. — Grossesse de cinq mois et demi. Insertion basse. Hémorragie rétroplacentaire. Albuminurie. Rupture artificielle des membranes. Syncope mortelle six jours après l'avortement, la femme voulant se lever.

1908, n° 430. — Grossesse de trois mois et demi. Rétention placentaire. Délivrance artificielle. Curettage. Péritonite. Laparotomie. Mort le septième jour (*avortement fait en ville*).

— N° 527 bis. — Grossesse de deux mois et demi. Subictère (foie gazeux). Péritonite généralisée. Mort le deuxième jour (*avortement fait en ville*).

— N° 772. — Grossesse de quatre mois et demi. Rétention placentaire. Délivrance artificielle. Septicémie. Mort le huitième jour (*avortement fait en ville*).

N° 1564. — Grossesse de deux mois, septicémie à type hypothermique. Mort le huitième jour (*avortement fait en ville*).

1909, n° 706. — Grossesse de trois mois, morte d'infection généralisée le jour de l'entrée (*avortement fait en ville*).

N° 890. — Grossesse de quatre mois, femme spécifique, rétention placentaire, curage, septicémie. Mort vingt jours après l'entrée d'infection généralisée.

N° 1428. — Grossesse de quatre mois, infection, pose d'un ballon de Champetier. laparotomie. Mort le neuvième jour (œuf infecté à l'arrivée).

1910, n° 798. — Grossesse de cinq mois et demi, bacillose pulmonaire, suivie de granulie.

N° 1694. — Grossesse de six semaines (*avortement provoqué en ville* par une injection intra-utérine de décoction de persil), infection grave, subictère, hystérectomie vaginale à l'arrivée. Mort le lendemain.

1911, n° 536. — Grossesse de deux mois, hémorragies abondantes en ville, pouls rapide, pas de température, curettage, écouvillonnage, péritonite, meurt le lendemain de l'arrivée (*avortement fait en ville*).

N° 698. — Grossesse de trois mois, rétention placentaire, délivrance artificielle, curettage, colpotomie. Mort le quatrième jour (*avortement fait en ville*).

N° 1203. — Grossesse de cinq mois, femme morte de septicémie colibacillaire au bout de huit jours.

1912, n° 20. — Femme enceinte de quatre mois, laparotomie pour fibrome de la paroi antérieure, avortement le soir de l'opération. Rétention placentaire, écouvillonnage le lendemain matin (la femme avait saigné abondamment durant l'intervention). Morte le quatrième jour avec des phénomènes de collapsus.

N° 1210. — Grossesse de cinq mois et demi, femme spécifique, rétention placentaire, curettage, infection, pleurésie, lochiométrie, pyothorax. Mort le dix-huitième jour.

1913, n° 1095. — Grossesse de quatre mois, péritonite à l'arrivée, colpotomie et hystérectomie vaginale le lendemain. Mort le troisième jour (*avortement fait en ville*).

Nous pouvons constater que l'opinion émise par

Brion est applicable aux cas ci-dessus, car sur 16 morts, 10 fois l'avortement a été fait en ville et les femmes ont, la plupart du temps, fait leur entrée dans le service alors que leur état était des plus critiques, sinon désespéré.

Parmi les 6 autres cas nous notons une albuminurique non traitée chez elle et venue à la clinique en train de faire une hémorragie rétro-placentaire abondante.

Deux spécifiques ayant fait de la rétention.

Une femme bacillaire avait fait de la granulie.

Un avortement provoqué nettement reconnu une femme atteinte de septicémie colibacillaire avec pyélonéphrite gravidique grave, ayant entraîné l'avortement et la mort au bout de huit jours.

Le maximum des cas mortels a été atteint à quatre mois de grossesse, puis à cinq mois et cinq et demi, enfin à deux et trois.

En somme, nous pouvons admettre que si la plupart de ces cas mortels avaient été traités à temps, si les femmes n'avaient pas été amenées dans le service alors que leur état ne laissait plus que peu de chances à une intervention de les sauver, le taux de la mortalité serait encore moindre.

CONCLUSIONS

En résumé, il apparaît d'après l'évolution sociale actuelle, que les femmes acceptent plus volontiers les soins hospitaliers, tant pour les accouchements que pour les fausses couches, fussent-elles pathologiques ou provoquées et qu'en conséquence une statistique comprenant les avortements totaux semble de plus en plus devenir une possibilité raisonnable, quoique ne pouvant jamais atteindre un résultat parfait.

Il ressort nettement, d'autre part, d'après les travaux parus à ce sujet jusqu'à il y a une dizaine d'années, que non seulement le nombre des avortements était déjà en voie de croissance, mais que plus que jamais et avec une régularité inquiétante ils continuent à augmenter par rapport au chiffre décroissant des accouchements, comme le prouve notre statistique de ces six dernières années.

Un troisième point nous semble bien mis en lumière, à savoir : le maximum de fréquence des avortements aux deuxième et surtout troisième mois, maximum auquel les fausses couches provoquées,

sont sans doute pour une forte part ainsi que l'endométrite.

Enfin au point de vue complication, nous pouvons admettre que nous voyons encore surtout les avortements dont les suites inquiètent la santé de la femme et que beaucoup de fausses couches des premières semaines se passent sans incidents d'aucune sorte en général.

D'autre part les quelques cas de morts constatés l'ont été chez des femmes qui avaient fait presque toutes leur premier temps en ville, et qui, insuffisamment traitées par la suite, ont été amenées dans un état presque désespéré à la clinique.

Tenant compte de ces derniers faits, il semble bien que le tant o/o des complications des avortements observés à la clinique est élevé, mais que si on embrasse par la pensée la quantité de ceux qui nous demeurent encore inconnus, le chiffre doive en être considérablement diminué.

Vu : le Président de la thèse,

P. BAR

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUBIN. — Recherches de la criminalité dans l'avortement.
Thèse de Bordeaux, 1886.
- BĀR, — La Pratique de l'art des accouchements.
- BAFFET. — De la dépopulation plus spécialement envisagée
au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1903.
- BONNET. — Dépopulation et repopulation. Thèse de Paris,
1903.
- BLONDEL. — Statistique de 100 cas d'avortements criminels
(Annales de la Société Obstétricale. Paris, 1902).
- BROUARDEL. — Avortements. Paris, 1901.
- BRION. — Étude sur 530 cas d'avortement. Paris, 1891.
- BROUARDEL. — L'Exercice de la médecine et le charlatana-
nisme, 1898.
- BOUCHACOURT. — De la puériculture.
- BROUARDEL. — Crimes professionnels, avortements, infan-
ticides (Gazette des Hôpitaux, 1885).
- BALTHAZARD. — Précis de médecine légale.
- BERTILLON. — Dictionnaire encyclopédique des sciences
médicales, t. V, (Annales de la Société Obstétricale
de France, 1908. Professeur Bossi).
- L'Obstétrique, 1897. M. Maygrier.
- L'Obstétrique, 1897. M. Doléris.
- Bulletin et Mémoires de la Société d'Obstétrique et de Gyné-
cologie, 11 mars 1886.
- BAUSSET. — Étude historique et sociale de l'avortement
Thèse de Paris, 1906-1907.
- TOURDES. — Avortement en médecine légale. Article Dic-
tionnaire Dechambre.

- TARDIEU. — Avortement en médecine légale. Article du Dictionnaire Jaccoud, 1868.
- VERRIER. — Avortement criminel chez les anciens et les modernes (*Revue scientifique*, 21 juin 1884).
- GALLIOT. — Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel. Lyon, 1884.
- WOEHLING. — L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation. Thèse de Paris, 1855.
- MARG. — Dictionnaire des sciences médicales. Article avortement.
- LACCASSAGNE. — Considérations médicales sur l'avortement. (*Archives d'anthropologie criminelle*, 1887).
- STRAUSS (P.). — Dépopulation et puériculture.
- VIBERT. — Précis de médecine légale.
- LAGUERRE. — De l'avortement criminel. Thèse de Toulouse, 1893.
- HERRGOTT. — Avortement spontanés et criminels (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1912).
- DRAPER. — Criminel abortion. (*Distion. medical and surgical Journal*, avril 1896).
- CONTAGNÉ. — Médecine légale.
- LEMOINE. — L'avortement criminel. Thèse de Paris, 1897.
- DAVID. — Avortement criminel. Thèse de Paris, 1899.
- DUCOURNEAU. — Moyens de combattre la dépopulation. Thèse de Paris, 1900.
- LEGRAND. — De la faible natalité en France. Thèse de Paris, 1900.
- LUTAUD. — La dépopulation en France. (*Journal des médecins de Paris*, 1902).
- MAYGRIER. — Rapport sur 32 cas d'avortement criminel (*Annales de la Société Obstétricale de France*, 1902).
- LACCASSAGNE. — Précis de médecine légale.
- PICHEVIN. — De l'avortement criminel (*Semaine gynécologique*, avril 1903).
- ESCANDE. — Contribution à l'étude clinique des avortements. Paris, 1903.
- DOLÉRIS. — Statistiques sur l'avortement. Compte rendu de la Société d'Obstétrique, février et mars 1905.

- PFEIFFER. — Prophylaxie de l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1908-1909.
- TORNÉ (R.). — Essai de diagnostic clinique et traitement des avortements criminels. Thèse de Paris, 1909-1910.
- DELESTRE. — De l'avortement. Paris, 1909.
- DIXON JONES. — Criminal abortion. Ets evils and sad consequences. Medical Record, 7 juillet 1894.
- FERONT. — De l'avortement au point de vue médical, obstétrical, médico-légal et théologique. Thèse de Paris, 1865.
- GILLES. — Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement. Thèse de Paris, 1889.
- ROBY. — De l'avortement au point de vue médical et médico-légal. Thèse de Montpellier, 1891.
- SCOTT. — A case of. criminal abortion. American Journal of obstetrical, janvier 1896.
- DERVAUX (de Saint-Omer). — Sur la gravité et la fréquence des avortements en province (Bulletin de la Société d'Obstétrique, mars 1910).

